

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

795

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François RUPPLI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 août 1928, à Bordeaux (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 1957

De la conduite à tenir devant les présentations du front

29 observations de la Clinique Tarnier
et du Centre Médico-Chirurgical Foch à Suresnes
de 1950 à 1956

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François RUPPLI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 août 1928, à Bordeaux (Gironde)

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 1957

De la conduite à tenir devant les présentations du front

29 observations de la Clinique Tarnier
et du Centre Médico-Chirurgical Foch à Suresnes
de 1950 à 1956

Président : M. LANTUEJOUL, Professeur



PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1957

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Bénard (H.), Brocq, Cadenat, Carnot, Chabrol, Champy, Chevassu, Debré (R.), Delbet, Donzelot, Gastinel, Guillaïn, Halphen, Harvier, Laroche (G.), Laubry, Lemaître, Lévy-Solal, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mondor, Mulon, Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié, Sézary, Tanon, Velter.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Cliniques chirurgicales	Hôtel-Dieu MÈNÉGAUX (G.)
	Broussais DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	Salpêtrière MOULONGUET
	Cochin QUÉNU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIETY
	Bichat JUSTIN-BESANÇON
	Cochin MOREAU (R.)
	Broussais DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Cliniques obstétricales	Tarnier LANTUÉJOL (P.)
	Baudelocque VARANGOT
	Port-Royal LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique physio-pathol. des problèmes alimentaires	HAMBURGER
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique	FÉY (B.)

	MM.
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	SICARD
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale	MERKLEN (F.-P.)
(chaire à titre personnel)	BARIÉTY (M.)
Pathologie médicale	GARCIN (J.)
Pathologie et thérapeutiques générales	MARIE (J.)
Pédiatrie sociale	HAZARD (R.)
Pharmacologie et matière médicale	DOGNON (A.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	BINET (L.)
Physiologie	STROHL (A.)
Physique médicale	DESGREZ (H.)
Radiologie médicale	PATEL (J.)
Technique chirurgicale	BROUET
Thérapeutique	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

	MM.		MM.
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> DEBEYRE (J.) OLIVIER CABROL	Obstétrique	{ MORIN (P.) RAVINA (J.) LELORIER ROBEY
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSE (F.) GOUYGOU (Ch.)	Ophthalmologie	{ DESVIGNES (P.) BRÉGEAT
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) CHRISTOL	Orthopédie	JUDET (R.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA DESGREZ (P.)	Oto-rhino-laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (M.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Parasitologie	{ CHABAUD (A.) BRUMPT (L.) ABOULKER (P.) BAUMANN (J.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) VERNE (J.-M.) BARCAT CAUCHOIX DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN MATHEY THOMERET
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Pathologie chirurgicale	
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	{ BULLIARD (H.) <i>pr. s. ch.</i> COUJARD		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	BASTIN		
Médecine légale et du travail	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.) ALBAHARY	Pathologie expérimentale	{ MAURICE LOEPER (J.) BERNARD (J.) BOUDIN (G.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DOMART (A.)
Neurochirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	LHERMITTE	Pathologie médicale	
Obstétrique	{ GRASSET (J.) LEPAGE (F.) MERGER (R.)		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANTUEJOUL

Professeur de la Chaire de Clinique Obstétricale
de l'Hôpital Tarnier

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

*En témoignage de reconnaissance pour
tout ce qu'il nous a appris et pour sa
grande sollicitude à notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERGER

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux
et du Centre Médico-Chirurgical Foch

*Il nous a inspiré ce travail et nous
a fait le grand honneur de nous accueil-
lir dans son service.*

A TOUS MES MAITRES DES HOPITAUX

Nous avons analysé 29 observations de présentations du front.

Après avoir exposé les caractéristiques générales de cette base d'étude, nous envisagerons de définir les présentations du front.

Nous verrons ensuite les caractéristiques de ces présentations, concernant leur étiologie, leur évolution.

Puis nous exposerons la conduite à tenir proprement dite, c'est-à-dire les interventions obstétricales et leurs indications.

Le résumé de nos observations précédera les conclusions de ce travail.

BASES D'ETUDE

Vingt-neuf observations de la Clinique Tarnier et du Centre Médico-Chirurgical Foch de 1950 à 1956 :

— Présentations du front temporaires :	2 cas
— Variété frontale :	21 cas
— Variété bregmatique :	6 cas
— Multipares :	16 cas
— Primipares :	13 cas
— Viciations pelviennes :	5 cas
— Gros enfants (+ de 3.500 g) :	11 cas
— Prématurés :	3 cas

DÉFINITION

Bien que leurs caractères aient été décrits depuis longtemps (Mme LACHAPELLE), les présentations du front ont été considérées pendant de longues années comme une variété de présentations de la face.

Finalement la présentation du front a été admise comme une présentation autonome.

Il faut entendre par ce terme les présentations où la tête tend à s'engager en position indifférente, intermédiaire à celle — en flexion — du sommet, et à celle — en extension — de la face.

C'est dire que ne doivent être considérées comme telles que les présentations persistantes du front. Car une présentation peut se fléchir ou se défléchir avant de s'engager, se transformant en sommet ou le plus souvent en face (*obs. n^{os} 13, 25*).

Les présentations du front sont celles où « la tête se présente au détroit supérieur en front, s'engage dans la même attitude dans l'excavation pelvienne et vient se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve » (BRINDEAU).

En fait, nombre de présentations du front ne pouvant répondre à ce mécanisme, nous dirons que ces présentations sont celles qui, définitives, se fixent au détroit supérieur, peuvent s'engager ou ont tendance à le faire.

De même que la présentation du front a été dissociée de la présentation de la face, de même certains auteurs ont voulu distinguer la présentation du bregma, intermédiaire entre le sommet et le front.

Cette présentation semble plutôt devoir être considérée comme une variété fléchie de la présentation du front, de même qu'il existe des sommets mal fléchis (occipito-postérieures) et des faces mal défléchies.

Les présentations du front se caractérisent par l'absence constante dans l'aire de présentation, et de la fontanelle postérieure, repère du sommet, et du menton, repère de la face.

Elles ont en commun un mécanisme obstétrical particulier qui leur confère un caractère dystocique.

ÉTIOLOGIE

S'il existe des présentations primitives du front, dues à une malformation fœtale (tumeur du cou ou de l'occiput), elles sont exceptionnelles.

En fait, la presque totalité de ces présentations sont secondaires.

La multiparité a été incriminée à cause de la laxité et de l'obliquité utérine qu'elle entraîne. Il ne semble pas que ce soit un facteur déterminant. Pour notre part, nous relevons 16 présentations du front chez des multipares, et 13 chez des primipares.

Par contre, la *disproportion fœto-pelvienne* apparaît comme une cause majeure des présentations du front. Nous la retrouvons dans 11 observations.

— Cette disproportion peut être due à l'existence d'une viciation pelvienne. Celle-ci est en général peu importante : bassin modérément rétréci ou aplati (*obs. n° 2, 5, 11, 15, 16*). Dans la plupart de ces cas, le diagnostic de viciation pelvienne était connu avant celui de la présentation du front; on avait envisagé de pratiquer une épreuve du travail.

— La disproportion peut être le fait d'un gros enfant chez une femme ayant un bassin normal (*obs. n° 1, 4, 8, 10, 17, 18, 22, 23, 24, 26, 29*).

— Inversement, il peut s'agir d'un prématuré : la tête fœtale ne s'accommodant pas se présente en front. (*obs. n° 6, 7, 9*).

— Enfin l'hydrocéphalie peut être à l'origine de présentation du front. Nous n'en avons pas observé.

D'autres étiologies ont pu être incriminées :

- gêne à l'accommodation d'un premier jumeau;
- excès de liquide;
- circulaires du cordon;
- procidences des membres.

Nous ne les avons pas retrouvés dans nos observations.

DIAGNOSTIC

Les présentations du front sont des présentations du travail.

Il est rare de pouvoir les diagnostiquer précocement.

Tout au plus pourrait-il en être ainsi en cas de présentation primitive. Mais la rareté de ces cas ferait envisager l'expectative, pour confirmer la persistance de la présentation du front.

Classiquement l'obliquité utérine, les données du palper montrant le coup de hache du côté du dos, de l'autre côté le fer à cheval mandibulaire, permettraient d'affirmer la présentation du front. Mais le palper n'est pas toujours facile sur un utérus en travail, plus ou moins tendu.

En fait, il ressort de l'expérience de nos observations que c'est le toucher seul qui permet de porter le diagnostic, au cours du travail, à une phase plus ou moins avancée de la dilatation, ou après rupture des membranes. Car au début du travail, on se trouve généralement en présence d'une tête mobile, très élevée, sans qu'on puisse préciser la présentation.

Le doigt tombe sur la grande fontanelle et peut explorer le front, les arcades orbitaires, le nez. Plus rarement, on trouve la grande fontanelle au centre de figure. En aucun cas on ne perçoit la petite fontanelle ni le menton.

Ces données ne sont pas toujours évidentes; elles peuvent être masquées par une bosse séro-sanguine importante.

De même qu'une présentation du front mobile n'évoluera pas toujours vers un engagement en front, de même on peut

observer une présentation du front lors de l'engagement d'une autre présentation mobile :

- déflexion d'une présentation du sommet le plus souvent mal fléchie (*obs. n^{os} 12, 14, 22*) ;
- flexion d'une présentation de la face (*obs. n^{os} 10, 17*).

Le fait que le diagnostic n'est posé que tardivement explique qu'il ne puisse être envisagé de mesures prophylactiques, comme il peut en être prises devant une présentation du siège ou de l'épaule.

ÉVOLUTION DES PRÉSENTATIONS DU FRONT

Au cours des présentations du front, la tête fœtale offre à l'engagement son plus grand diamètre, le syncipito-mentonnier (13,5 cm), nettement supérieur aux diamètres du détroit supérieur.

Pour que l'engagement puisse s'effectuer, il est nécessaire que s'opère une réduction du diamètre d'engagement de la présentation.

Le mécanisme de cet amoindrissement a été diversement interprété. Deux phénomènes ont été invoqués, l'obliquisation et surtout le modelage de la tête fœtale.

Pour Mme LACHAPELLE, seul intervient le modelage, la présentation s'engage directement en front.

MANGIAGALLI invoque tout d'abord un complément de déflexion grâce auquel le menton pénétrerait tout d'abord dans l'excavation. Puis le modelage aidant la présentation s'engagerait en front.

A l'opposé, POLLOSSON pense que par un complément de flexion c'est l'occiput qui descendrait d'abord.

Ces mécanismes d'obliquisation peuvent se discuter : on peut en effet se demander pourquoi, amorçant un mouvement de flexion ou de déflexion, la présentation ne se transforme pas ainsi en sommet ou en face.

Quoi qu'il en soit, la tête fœtale subit un modelage très poussé : la diminution du diamètre d'engagement entraîne une augmentation des autres diamètres : allongement de la tête fœtale suivant l'axe du détroit supérieur. Il en résulte une

augmentation des diamètres parallèles au diamètre d'engagement. Ainsi se trouve formé un cylindre d'engagement qui va progresser à frottement dur dans l'excavation. L'engagement ne pourra être considéré comme effectué que lorsque ce cylindre aura entièrement franchi le détroit supérieur.

Ces modalités de l'accommodation et de l'engagement entraînent des perturbations dans le travail de l'accouchement.

Elles expliquent que la présentation reste très longtemps élevée au cours du travail, mal appliquée sur le col.

Il peut en résulter une *rupture prématurée ou très précoce des membranes*. Considérée autrefois comme très fréquente, elle ne semble pas se produire aussi souvent qu'on l'a dit. Mme PATIJAUD le remarquait dans sa thèse.

Nous ne l'avons relevée que 6 fois (*obs. n^{os} 7, 11, 19, 22, 28, 29*) ; dans les autres cas, la rupture des membranes s'étant produite spontanément à une dilatation avancée, voire complète, ou ayant été provoquée artificiellement.

La durée du travail est allongée du fait de cette mauvaise accommodation et de la nécessité du modelage.

Là encore il semble que la durée du travail au cours des présentations du front apparaisse moins longue qu'on ne le disait autrefois.

Il faut sans doute invoquer le fait qu'on intervient plus souvent aujourd'hui à un stade précoce devant les anomalies de l'évolution du travail.

Ainsi nous voyons dans 3 cas un travail particulièrement long et traînant (*obs. n^{os} 7, 9, 14*).

En revanche, nous avons observé 4 accouchements après un travail ayant évolué rapidement (*obs. n^{os} 4, 6, 19, 21*).

Indépendamment de la durée du travail, les mauvaises conditions obstétricales de la présentation du front influent sur *la qualité du travail*; on peut observer :

- des anomalies de la contraction utérine : contractions irrégulières, ou au contraire contractions rapprochées, subintrantes, avec mauvais relâchement utérin, tendance

à la contracture qui, si on n'intervenait, aboutirait à la rupture utérine;

- des anomalies de la dilatation qui reste stationnaire, avec possibilité d'œdème du col.

Malgré toutes ces répercussions dues à la lutte pour l'engagement, nous n'avons pas observé de complications graves :

- rupture utérine, parce qu'on est intervenu toutes les fois qu'on pouvait la redouter;
- mort du fœtus *in utero* au cours du travail, car on est intervenu dès l'apparition de signes de souffrance fœtale;
- infection ovulaire, car on n'a pas attendu que le travail traîne après rupture des membranes.

Du point de vue mécanique, on est amené à distinguer deux catégories de cas suivant que la tête s'engage ou non.

1° LA TÊTE S'ENGAGE. — Nous avons vu cette éventualité se réaliser dans 10 cas (*obs. n^{os} 3, 4, 6, 9, 13, 14, 21, 24, 25, 27*) :

- 2 fois après transformation spontanée de la face (*obs. n^{os} 13 et 25*) ;
- dans 3 cas, il s'agissait de variétés bregmatiques (*obs. n^{os} 3, 9, 24*) ;
- dans 2 cas, d'accouchement prématuré (*obs. n^{os} 6, 9*) ;
- seulement dans 2 cas, il s'agissait d'enfants de poids important (*obs. n^{os} 4, 24*).

Dans tous ces cas la dilatation s'est effectuée — plus ou moins lentement — mais toujours de façon régulière, progressive. L'engagement ne s'est effectué que tardivement, à dilatation avancée ou complète.

La descente de la présentation et sa rotation dans l'excavation se font à frottement dur plus ou moins difficilement.

L'accouchement spontané est possible. Nous l'avons vu se réaliser 3 fois (*obs. n^{os} 4, 6, 9*).

Il se fait le plus souvent en naso-pubienne. Le dégagement se fait par un mécanisme qui rappelle celui des occipito-sacrées. Par un premier mouvement de déflexion vient se fixer sous la symphyse la racine du nez, la sous-cloison nasale ou le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur. L'occiput se dégage alors par un mouvement de flexion autour de ce point fixe pivotant autour de la symphyse. Puis la tête se défléchit et la face se dégage. Au cours du dégagement, les parties molles périnéales sont particulièrement menacées.

Plus souvent la progression dans l'excavation est lente et pénible et l'on doit intervenir :

- arrêt de la progression (*obs. n^{os} 21, 24, 27*) ;
- enclavement (*obs. n^o 14*) ;
- souffrance fœtale (*obs. n^o 3*).

2^o LA TÊTE NE S'ENGAGE PAS, reste au-dessus du détroit supérieur en présentation du front.

Cette éventualité s'est réalisée dans les 19 autres cas :

- 5 fois, il s'agissait de bassins viciés (*obs. n^{os} 2, 5, 11, 15, 16*) ;
- 9 fois, il s'agissait de gros enfants (*obs. n^{os} 1, 8, 10, 17, 18, 22, 23, 26, 29*) ;
- 3 fois, il s'agissait de variétés bregmatiques (*obs. n^{os} 18, 19, 21*).

Quatre fois la dilatation avait bien évolué jusqu'à être complète (*obs. n^{os} 1, 12, 17, 19*).

Dans les autres cas, on a observé des anomalies du travail :

- dilatation lente puis stationnaire ne progressant plus (*obs. n^{os} 5, 8, 15, 16, 18, 20, 23, 26, 29*) ;
- anomalies des contractions utérines, tendance à l'hyper-tonie (*obs. n^{os} 2, 12, 15, 18, 28, 29*) ;
- rétraction du col après rupture des membranes (*obs. n^o 8*) ;
- œdème du col (*obs. n^o 26*).

De ces constatations sur l'évolution des présentations du front, on peut tirer quelques conclusions :

- les gros fœtus ne s'engagent pas (9 fois sur 11) ;
 - les variétés frontales s'engagent dans une faible proportion des cas (7 fois sur 23) ;
 - tandis que les variétés bregmatiques s'engagent spontanément plus fréquemment (3 fois sur 6).
-

CONDUITE A TENIR

Devant les résultats désastreux de l'accouchement spontané, grevant le pronostic maternel et fœtal d'une manière particulièrement lourde, on avait préconisé à la fin du siècle dernier l'intervention systématique devant toute présentation du front :

- transformation en face ou en sommet;
- version podalique.

Les résultats de cette méthode ayant été peu encourageants, on est arrivé à une attitude plus éclectique, intervenant devant les difficultés qui surviennent au cours de l'évolution des présentations du front.

WALLICH, en 1902, prétendait avoir considérablement amélioré le pronostic de ces présentations par la pratique très fréquente de la symphyséotomie.

A quoi PINARD répondait qu'il l'améliorerait de façon encore plus considérable par la pratique de la césarienne lorsque les indications en sont bien posées.

Il s'agissait alors de la césarienne corporéale, dont les indications étaient limitées.

La description et la diffusion de la césarienne segmentaire, répandue en France sous l'impulsion de SCHICKELÉ et BRINDEAU, a permis d'intervenir dans bien des cas jusqu'alors défavorables. En effet, cette intervention peut se pratiquer dans les « cas impurs » chez des femmes en travail depuis longtemps, ayant perdu les eaux depuis de longues heures.

LES INTERVENTIONS

Les manœuvres de transformation de la présentation, par manœuvres manuelles ou mixtes, ne peuvent être efficaces que si la tête n'est pas encore fixée au détroit supérieure, elles peuvent être gênées par l'existence d'une bosse séro-sanguine.

La transformation manuelle en face a pu être réalisée une fois (*obs. n° 7*) sur un front mobile au détroit supérieur, à dilatation complète, sur un fœtus prématuré.

APPLICATION DE FORCEPS

Elle sera pratiquée lorsque la présentation est dans l'excavation, à dilatation complète.

Elle est souvent difficile car les cuillères s'adaptent mal sur la tête défléchie.

Les modalités diffèrent suivant que la présentation est plus ou moins descendue, si elle a effectué ou non sa rotation.

Lorsque la tête est à la partie basse de l'excavation, en naso-antérieure, on fait une prise directe, symétrique. Il faut tirer vers le bas jusqu'à ce que la sous-cloison vienne se fixer au sous-pubis. Alors seulement on relèvera l'axe des tractions pour fléchir la tête, et on pourra désarticuler le forceps.

Il sera indiqué de pratiquer une épisiotomie préventive pour éviter une déchirure périnéale.

Lorsque la présentation n'a pas encore terminé sa rotation dans l'excavation :

- si elle est dans un diamètre oblique, on fait une prise symétrique, rotation et descente, dégagement;
- si comme il arrive souvent, la tête est en transverse, il faut recourir à une prise asymétrique, puis faire une seconde prise symétrique après rotation.

En dehors d'une application de forceps pour prématurité après transformation manuelle en face (*obs. n° 7*), 5 applications de forceps ont été pratiquées (*obs. n°s 3, 19, 21, 24, 27*), dont une après symphyséotomie (*obs. n° 19*).

LA SYMPHYSEOTOMIE

Seule l'opération de Zarate est encore pratiquée actuellement. Son emploi est discuté. C'est une intervention minime respectant les ligaments de la symphyse pubienne. Elle a été réalisée dans 3 cas (*obs. n°s 14, 17, 19*).

Elle permet un écartement suffisant pour lever un enclavement (*obs. n° 14*).

Elle peut être indiquée aussi lorsqu'on prévoit la difficulté de la progression d'une présentation du front (*obs. n°s 17, 19*).

Les indications en sont limitées : on ne la pratiquera que chez les multipares, lorsque la dilatation est complète.

Elle peut être suivie d'une application de forceps. Cette possibilité est discutée. ZARATE lui-même ne la recommande pas.

Les suites de la symphyséotomie sont relativement bénignes, elle ne comporte pas de troubles importants. On notera seulement des troubles transitoires de la statique pelvienne (gêne à la marche), des troubles urinaires parfois.

LA VERSION PODALIQUE

En théorie, ce serait une bonne intervention.

Malheureusement les conditions d'application en sont rarement remplies : dilatation complète, membranes intactes ou rompues depuis peu, tête non engagée ou refoulable.

Elle a pu être pratiquée une fois (*obs. n° 23*).

Il faut se montrer très prudent et savoir y renoncer dès qu'on pressent des difficultés, quand la main n'est pas à l'aise dans l'utérus (*obs. n° 27*), sinon on risquerait de provoquer une rupture utérine.

LA CESARIENNE

Elle permet d'intervenir lorsque l'accouchement n'est pas possible par voie basse, lorsque la dilatation est incomplète, permettant ainsi d'extraire un enfant vivant qui n'aurait pas pu supporter une prolongation du travail.

L'indication doit en être posée suffisamment tôt pour que soit réalisé le but qu'elle se propose et qui est d'obtenir un enfant vivant.

Malgré les risques opératoires minimes pour la mère, il ne faut pas élargir les indications et en arriver à faire de la césarienne la thérapeutique prophylactique de toutes les présentations du front.

Quinze césariennes ont été pratiquées (*obs. n^{os} 1, 2, 5, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 18, 20, 22, 26, 28, 29*) avec de bons résultats :

- enfants vivants;
- suites maternelles banales, sauf dans un cas (*obs. n^o 12*) où une hémorragie secondaire a nécessité l'hystérectomie, suivie d'anurie post-opératoire transitoire.

* *

LES INDICATIONS

L'étude de 29 observations de présentations du front nous montre que l'accouchement par les voies naturelles est possible dans une proportion importante des cas, avec un résultat favorable tant pour la mère que pour l'enfant :

- 2 fois une présentation du front mobile s'est transformée spontanément en face (*obs. n^{os} 13, 15*);
- 12 autres fois, l'accouchement a pu se faire par voie basse, spontanément ou plus souvent à l'aide d'interven-

tions obstétricales, pour les raisons que nous avons données.

Les décisions thérapeutiques, devront être fixées en fonction d'un certain nombre de considérations :

a) *S'il existe une viciation pelvienne*, la césarienne s'impose.

b) *Lorsque le bassin est normal*, le pronostic reposera sur :

— le volume du fœtus : un fœtus petit ou prématuré ayant plus de facilité pour s'engager et évoluer spontanément par voie basse. On l'appréciera par :

— le terme de la grossesse;

— la mensuration de la hauteur utérine;

— enfin, chez la multipare, le poids des enfants précédents, les modalités des accouchements antérieurs permettent de situer les possibilités obstétricales d'une présentation du front;

— la variété de présentation : la variété bregmatique donnant lieu plus souvent à un accouchement par les voies naturelles;

— en fonction de ces données, le pronostic repose en fin de compte sur l'évolution du travail. Il s'agit en fait d'une véritable épreuve du travail.

Au cours de celle-ci, l'élément de parité joue un rôle déterminant.

CHEZ LA MULTIPARE

L'expectative est de mise pour juger des possibilités obstétricales, expectative des plus attentives, en surveillance :

— le régime, la qualité des contractions utérines;

— la progression de la dilatation;

— les bruits du cœur fœtal.

Il faut laisser évoluer le travail tant que les contractions sont satisfaisantes, la dilatation s'effectuant progressivement, en l'absence de souffrance fœtale.

On interviendra devant une anomalie de ces facteurs.

Dans les cas les plus favorables, la dilatation se complète :

— Lorsque la tête s'engage, on en suivra la progression :

- a) si elle est satisfaisante, assez rapide, on pourra laisser l'accouchement se faire spontanément, en s'aidant d'une épisiotomie lors du dégagement;
- b) si la progression s'avère difficile, une application de forceps permettra de terminer l'accouchement.

— Lorsque la tête s'est enclavée :

- a) en cas d'enclavement dans l'excavation, il est nécessaire de pratiquer une symphyséotomie pour lever l'obstacle avant qu'il ait entraîné des répercussions sur le fœtus ou sur l'utérus;
- b) en cas d'enclavement à la partie haute du bassin, on aura le choix entre la césarienne et la symphyséotomie.

CHEZ LA PRIMIPARE

On aura recours plus fréquemment à la césarienne.

On ne se fiera à la voie basse que si l'on a des perspectives raisonnables d'accouchement relativement facile : petit fœtus, variété bregmatique. On ne doit pas risquer un enclavement qui serait très grave, car chez la primipare on n'a pas la ressource de la symphyséotomie.

On interviendra donc avant l'engagement si l'on se trouve devant une variété frontale, un enfant gros ou même de poids normal, si une heure après la rupture des membranes, il n'y a pas de modification dans le sens d'une face ou d'un sommet.

DANS TOUS LES CAS

- 1) A dilatation complète, la tête ne s'engageant pas :

— la transformation manuelle en face est rarement tentée, sans grand intérêt, encore qu'une fois elle nous ait réussi;

— la version podalique voit rarement remplies ses conditions d'application. Elle n'a été pratiquée qu'une fois.

2) Lorsque la dilatation arrête sa progression, reste stationnaire, il faut intervenir et extraire l'enfant par césarienne.

3) Devant une souffrance fœtale, on interviendra :

- par césarienne si la dilatation est incomplète, la tête non engagée;
- par forceps si la tête est engagée à dilatation complète.

4) Devant des anomalies de la contraction utérine (hypertonie, contracture) :

- le procédés médicamenteux (spasmolytiques) ont une action qui n'est souvent que transitoire;
- il faut intervenir par césarienne dans l'intérêt de la mère (risque de rupture utérine) et de l'enfant (risque de souffrance fœtale).

Une telle attitude d'intervention devant toute anomalie du travail fait que nous n'avons pas observé de complications graves :

- pas de rupture utérine;
- pas d'infection ovulaire;
- enfin, on n'a jamais eu recours à l'embryotomie pour mort fœtale *in utero*.

Au total, dans la plupart des cas, l'attitude à adopter est l'expectative.

L'accouchement par les voies naturelles est possible dans de bonnes conditions, il ne faut pas en négliger la possibilité.

Mais il faut être prêt à intervenir dès que survient une anomalie du travail ou une complication, sans attendre qu'elle risque de compromettre la mère ou l'enfant. Ces complications sont fréquentes, on doit les redouter dans tous les cas.

Toute présentation du front doit donc être suivie en milieu obstétrical, où l'on peut pratiquer toute intervention nécessaire

dans les moindres délais. C'est à cette condition qu'on peut voir améliorer le pronostic de ces présentations.

LE PRONOSTIC MATERNEL

Est actuellement radicalement modifié.

Dans l'ensemble de nos observations, nous n'avons pas eu de ruptures utérines, pas d'infection amniotique.

Les suites de couches ont été sensiblement analogues à celles des accouchements normaux.

En cas d'accouchement par voie basse sont à craindre des déchirures centrales du périnée. On les évitera par la pratique de l'épisiotomie.

LE PRONOSTIC FŒTAL

A été considérablement amélioré.

Dans nos 29 cas, il y a eu naissance d'enfants vivants.

Ce qu'on sait des difficultés du mécanisme de l'accouchement explique que nous ayons observé :

- une fois des troubles respiratoires (*obs. n° 27*) ;
- une fois une hémorragie méningée (*obs. n° 9*).

Nous avons eu à déplorer 2 morts, postérieures à l'accouchement (*obs. n°s 6 et 9*). Il s'agissait de petits prématurés pesant 1.750 et 1.570 g, dont on ne peut affirmer qu'ils se seraient tirés indemnes d'un accouchement banal en présentation du sommet, ni même qu'ils auraient vécu après une intervention césarienne.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1 (1950 — n° 302 — Tarnier)

Mme L..., trente-neuf ans.

Deux accouchements antérieurs à terme :

— le premier par forceps d'un enfant vivant de 3.500 g;

— le deuxième d'un fœtus mort de 4.000 g par basiotrypsie.

Entre à Tarnier le 13 février 1950, à 3 h :

Grossesse à terme. H.U. = 40 cm. Excès de liquide.

Col dilaté à 2 fr. Tête mobile au-dessus, au détroit supérieur.

6 h 45 :

Rupture spontanée des membranes. Liquide abondant évalué à 2 litres.

Dilatation petite paume. La tête volumineuse, très ossifiée, repose sur le détroit supérieur et déborde la symphyse.

9 h :

Dilatation presque complète. Tête défléchie en N.I.G.T., en asynclitisme postérieur.

10 h :

Etat stationnaire.

Césarienne pour disproportion fœto-pelvienne et présentation du front

Fille de 3.930 g, criant après six minutes de soins.

Suites normales.

OBSERVATION N° 2 (1950 — n° 483 — Tarnier)

Mme P..., vingt-six ans, primipare.

Grossesse à terme. Vue à la consultation de Tarnier le 8 mars 1950.

Fœtus volumineux. H.U. = 35 cm.

Bassin se rapprochant du bassin plat.

On envisage une épreuve du travail.

Hospitalisée le 11 mars 1950 à 16 h 50 :

Dilatation à 2 fr. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur.

Contractions utérines rapprochées, douloureuses.

18 h 10 :

Tête mobile au D.S., n'appuyant pas sur le col.

Même dilatation.

C.U. toujours rapprochées : une spasmalgine I.M.

19 h :

C.U. moins douloureuses, plus espacées.

Dilatation 5 fr. Tête mieux centrée.

20 h 30 :

Rupture artificielle de la poche des eaux.

Présentation du front au D.S., en N.I.G.T.

22 h 30 :

Etat stationnaire.

Césarienne. Extraction d'un garçon de 3.450 g criant après désobstruction.

Suites normales.

OBSERVATION N° 3 (1950 — n° 599 — Tarnier)

Mme L..., trente-six ans. Primipare.

Opérée d'une grossesse extra-utérine en 1948.

Entre à Tarnier le 1^{er} avril 1950, à 12 h :

Grossesse à terme. H.U. = 33 cm.

Dilatation 2 fr. Membranes intactes.

Tête appliquée au D.S.

18 h 45 :

Dilatation entre grande paume et complète.

Rupture artificielle de la poche des eaux, liquide teinté.

On sent la grande fontanelle au centre du bassin.

Le col revient à petite paume.

20 h :

Dilatation complète. Tête engagée en N.I.D.A.

Application de forceps Tarnier pour souffrance fœtale (bruits du cœur arythmiques, liquide méconial).

Prise dans le diamètre oblique droit. Descente pénible. Rotation.

Extraction en O.S. après épisiotomie d'une fille de 3.410 g, criant après cinq minutes de soins, ayant l'aspect d'un enfant né en présentation du front.

Délivrance artificielle systématique; révision utérine.

Suites normales.

OBSERVATION N° 4 (1950 — n° 560 — Foch)

Mme C..., trente-cinq ans.

Trois accouchements antérieurs normaux à terme, d'enfants pesant de 3.750 à 4.060 g.

Hospitalisée à Foch le 22 juillet 1950 :

Grossesse à terme.

Présentation céphalique; pas de travail.

Début du travail le 24 juillet 1950, à 2 h.

A 4 h :

Dilatation 5 fr.

Tête engagée, mal fléchie.

Rupture spontanée des membranes à 4 h 15.

4 h 30 :

Dilatation complète.

Présentation du front en N.I.G.A.

Efforts expulsifs.

5 h :

Accouchement en naso-pubienne, après épisiotomie, d'une fille pesant 4.430 g, criant aussitôt et présentant une bosse séro-sanguine sur le frontal.

Délivrance normale.

Suites normales.

OBSERVATION N° 5 (1950 — n° 824 — Foch)

Mme J... Primipare de vingt ans.

Entre à Foch le 12 octobre 1950, à 10 h 30 :

Grossesse près du terme. H.U. = 34.

Col en voie d'effacement, perméable à 2 doigts.

Tête mobile; membranes intactes.

Bassin généralement rétréci.

18 h :

Dilatation 5 fr. Membranes bombantes.

Présentation du front.

20 h 15 :

Rupture artificielle des membranes.

21 h 30 :

Pas d'évolution de la présentation. Température : 38°. Césarienne.

Fille criant après quatre minutes de soins, pesant 2.900 g.

Suites opératoires :

Fébriles durant huit jours malgré pénicilline-streptomycine; anémie à 2.700.000 traitée par l'acide folique.

OBSERVATION N° 6 (1951 — n° 183 — Tarnier)

Mme J..., vingt-cinq ans.

— Premier accouchement prématuré à cinq mois et demi d'un fœtus de 600 g décédé cinq heures après.

— Deuxième accouchement à terme d'une fille de 3.750 g.

Entre à Tarnier le 1^{er} février 1951, à 4 h, une heure après le début des contractions.

Grossesse de sept mois. H.U. = 26.

Dilatation complète.

Rupture artificielle des membranes.

Présentation du front qui s'engage immédiatement (on sent nettement le bregma, les bosses frontales, les orbites, la racine du nez).

On encourage la femme à pousser. Pendant les deux derniers efforts expulsifs, la tête se défléchit : dégagement rapide en mento-pubienne.

Fille criant aussitôt, pesant 1.750 g, mise en couveuse; décédée quatre jours après.

Délivrance normale.

Suites normales.

OBSERVATION N° 7 (1951 — n° 254 — Tarnier)

Mme H..., vingt-deux ans. Primipare.

Entre à Tarnier le 12 février 1951, à 5 h 35 :

Grossesse de huit mois un tiers. H.U. = 29.

Dilatation entre 2 et 5 fr; tête non engagée.

Membranes rompues spontanément avant l'entrée.

Bassin normal.

7 h 20 :

Dilatation grand 5 fr.

Tête très défléchie, perception nette de la grande fontanelle, des sutures fronto-pariétales et du bord supérieur des orbites.

12 h 50 :

Dilatation complète.

Tête en N.I.G.T.

Manœuvre de déflexion de la tête, un doigt dans la bouche.

Rotation. Descente.

Application de forceps de Démelin pour prématurité : tête à la partie basse de l'excavation. Episiotomie.

Naissance d'un garçon de 2.750 g, criant aussitôt, présentant un hypospadias.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION N° 8 (1951 — n° 810 — Foch)

Mme A... III^e pare. IV^e geste. Trente-trois ans.

— Deux accouchements antérieurs normaux à terme (dernier enfant décédé accidentellement récemment).

— Un avortement.

Entre à Foch le 4 juin 1951, à terme, pour excès de liquide, œdèmes.
Le 8 juin 1951, à 20 h 45 :

Dilatation entre petite et grande paume; col épais; présentation céphalique déviée vers la fosse iliaque droite, accessible à bout de doigt.

Rupture artificielle des membranes : liquide abondant, teinté.

21 h 15 :

Col souple, épais, dilaté à 5 fr.

Présentation céphalique en déflexion moyenne dans le diamètre oblique gauche. On atteint la fontanelle antérieure, les globes oculaires, la pyramide nasale.

22 h :

Dilatation 5 fr. Col épais.

Présentation du front en N.I.D.P.

Devant la stagnation de la dilatation chez cette femme présentant des œdèmes, un liquide teinté, ayant perdu un enfant de cinq ans d'accident, on décide la césarienne.

Extraction d'un garçon de 3.970 g, criant après désobstruction.

Suites opératoires : fièvre à 38° pendant onze jours.

OBSERVATION N° 9 (1951 — n° 1.174 — Foch)

Mme C..., vingt et un ans. Primipare.

Entre à Foch le 13 août 1951 :

Grossesse de sept mois. H.U. = 27 cm.

14 h :

Col effacé, dilaté entre 2 et 5 fr.

Membranes intactes.

Tête haute, mobile.

16 h :

Dilatation petite paume.

Rupture artificielle des membranes.

19 h 30 :

Même dilatation.

Tête au D.S., bosse séro-sanguine.

23 h 40 :

Dilatation entre petite et grande paume.

6 h :

Dilatation complète; efforts expulsifs.

6 h 40 :

Dégagement en fronto-pubienne, après épisiotomie.

Garçon criant après désobstruction — lobéline, oxygénation — pesant 1.570 g et présentant une bosse séro-sanguine importante au niveau du bregma.

Délivrance normale. Suites de couches normales.

L'enfant a présenté rapidement des phénomènes bulbaires. A des P.L. répétées, quelques gouttes de sang, mais jamais d'hypertension du L.C.R.

Décès par syncope bulbaire le quatrième jour.

OBSERVATION N° 10 (1951 — n° 1.648 — Foch)

Mme D..., vingt-quatre ans.

Premier accouchement normal à terme en 1950. Garçon de 3.250 g
Entre à Foch le 13 novembre 1951, à 19 h :

Grossesse à terme.

Col encore épais, dilaté à 2 fr. Membranes intactes.

Bassin normal.

23 h 30 :

Dilatation entre 5 fr et petite paume.

Rupture artificielle des membranes.

Tête défléchie au détroit supérieur : front en N.I.G.P. (on n'atteint pas le menton), relativement mobile.

Les bruits du cœur sont lointains, modifiés, tantôt ralentis, tantôt accélérés; le liquide est très teinté.

24 h :

Césarienne pour souffrance fœtale.

Fille de 4.020 g, vivante.

Suites opératoires : fébriles; traitement antibiotique.

OBSERVATION N° 11 (1952 — n° 478 — Foch)

Mme J..., trente et un ans.

— Premier accouchement en 1947 par forceps d'une fille de 2.400 g, décédée à deux mois.

— Un avortement en 1950.

Entre à Foch le 22 mars 1952, à 0 h 15 :

Grossesse à terme. H.U. = 35.

Col encore épais, perméable à 1 doigt. Membranes rompues depuis deux heures.

Tête très élevée, défléchie : on atteint à droite les arcades orbitaires. le nez est exploré en entier, mais on n'atteint pas la bouche.

Bassin : promontoire haut situé, atteint à 10,7 cm. Lignes innommées entièrement suivies.

2 h :

Même présentation.

Césarienne. Garçon, criant aussitôt, pesant 3.140 g.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 12 (1952 — n° 813 — Foch)

Mme B..., quarante-deux ans.

— Un accouchement normal à terme.

— Deux avortements en 1948 et 1949.

Entre à Foch le 16 mai 1952, à 4 h 45 :

Grossesse à terme. H.U. = 34.

Col effacé, dilaté à 1 fr.

Tête fixée.

7 h :

Rupture spontanée des membranes.

10 h :

Dilatation complète; tête très haute.

11 h :

Tête non engagée, mais se présentant en O.I.D.T. mal fléchie.

13 h :

Utérus tendu.

On atteint la fontanelle antérieure, les globes oculaires, la racine du nez : présentation céphalique entre bregma et front.

13 h 30 :

Utérus tendu.

La fontanelle antérieure est au milieu de l'aire de présentation.

On ne perçoit pas la fontanelle postérieure, mais la racine du nez et les deux arcades sourcilières.

La tête n'est pas enclavée, se laisse refouler entre les contractions : 1 spasmalgine I.V.

13 h 50 :

Même examen : on décide la césarienne.

Au cours de l'intervention, l'incision utérine se prolonge en une brèche latéro-utérine dont l'hémostase est difficile. Fille criant après désobstruction, pesant 3.350 g.

18 h :

Tableau d'hémorragie interne. Hystérectomie. Tamponnement (Mickulicz).

Suites opératoires : anurie post-opératoire. La femme sort guérie au bout de trois semaines.

OBSERVATION N° 13 (1952 — n° 1.754 — Tarnier)

Mme M..., vingt-deux ans. Primipare.

Entre à Tarnier le 19 décembre 1952, à 17 h :

Grossesse à terme. H.U. = 32.

T.V. : col effacé souple, dilaté à 2 fr; présentation céphalique au-dessus du D.S.; poche des eaux très bombante; bassin normal.

18 h :

Col souple, effacé, dilaté à 5 fr.

Présentation du front, en N.I.D.P. au-dessus du D.S. On atteint à droite les narines, à gauche on n'atteint pas la fontanelle postérieure.

18 h 50 :

Rupture spontanée des membranes.

Dilatation petite paume.

On atteint la bouche avec difficulté et on arrive à défléchir la tête qui s'applique bien.

19 h 05 :

La tête se fléchit à nouveau et tend à s'engager en front.

19 h 30 :

Dilatation grande paume.

Tête qui plonge en transverse, a tendance à s'engager en front.

19 h 50 :

Dilatation complète.

M.I.D.A. engagée à la partie haute de l'excavation.

Trois efforts expulsifs.

20 h :

Accouchement en mento-pubienne d'un garçon criant aussitôt, pesant 3.050 g.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION N° 14 (1953 — n° 791 — Tarnier)

Mme T..., trente-deux ans.

— Un avortement.

— Un accouchement normal à terme. Fille : 3.020 g.

Grossesse près du terme.

Début de travail le 3 juin 1953, à 18 h.

Le 4 juin 1953, à 0 h :

Col effacé dilaté à 5 fr.

Sommet mobile au D.S.

Poche des eaux bombante.

2 h 30 :

Dilatation petite paume.

Rupture artificielle des membranes.

Sommet tendant à s'engager.

9 h 10 :

Dilatation complète — sommet à la partie haute de l'excavation.

10 h 05 :

Tête défléchie à la partie moyenne.

11 h :

Présentation du front en N.I.G.T. enclavée.

Envoyée à Tarnier où l'on pratique une symphyséotomie à la Zarate.

Extraction d'un garçon criant après désobstruction, pesant 3.080 g.

Délivrance artificielle systématique.

Suites de couches : infection urinaire traitée par la chloromycétine.

OBSERVATION N° 15 (1953 — n° 1.528 — Foch)

Mme C..., vingt-huit ans. Primipare. III^e geste (deux avortements antérieurs).

Grossesse à terme.

Début des C.U. le 25 novembre 1953, à 23 h.

Entre à Foch le 26 novembre 1953, à 1 h 45 :

H.U. : 34. Tête en bas, mobile, élevée. Dos à gauche. BdC +.

T.V. : col court, souple, dilaté à 1 fr.

Membranes intactes, poche des eaux bombante.

Bassin : limite. On décide de pratiquer une épreuve du travail.

4 h 15 :

Dilatation 2 fr; relâchement moyen : 1 spasalgine.

4 h 55 :

Dilatation entre 2 et 5 fr.

Rupture artificielle des membranes.

9 h 15 :

Dilatation 5 fr.

10 h 15 :

Dilatation entre 5 fr et petite paume — présentation élevée.

11 h :

Contractions subintrantes. BdC modifiés : oxygène.

Dilatation stationnaire.

On installe une perfusion (5 U hypophyse dans 250 cm³ de sérum glucosé + 1 spasalgine I.V.).

La dilatation reste stationnaire; on se trouve en présence d'une présentation du front.

13 h :

Césarienne. Extraction d'un garçon criant après cinq minutes de soins, pesant 3.030 g.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 16 (1953 — n° 1.569 — Tarnier)

Mme H..., vingt-deux ans. Primipare mesurant 1,51 m.

Grossesse de huit mois d'après les dernières règles.

Rupture spontanée des membranes le 17 novembre 1953, à 1 h.

Entre à Tarnier le 18 novembre 1953, à 12 h :

Tête haute et mobile.

Col souple, mal effacé, perméable à un doigt.

Bassin : promontoire atteint à bout de doigt.

On décide de pratiquer une épreuve du travail.

14 h :

Col identique.

On perçoit le bregma au centre de la dilatation.

18 h :

Col presque effacé, épais, souple; l'orifice interne bride.

Dilatation 50 centimes..

C.U. irrégulières; bon relâchement. BdC +.

Présentation du front appliquée.

21 h :

Dilatation 1 fr, front appliqué.

23 h :

Dilatation stationnaire.

On décide la césarienne qui permet d'extraire une fille criant aussitôt, pasant 3.380 g.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 17 (1954 — n° 617 — Tarnier)

Mme S..., trente-sept ans.

— Deux accouchements antérieurs normaux : 3.250 et 4.250 g.

Entre à Tarnier le 5 mai 1954, à 21 h :

Grossesse à terme, H.U. : 37. BdC +.

T.V. : col effacé, souple, dilaté, à petite paume.

Présentation très haute. Poche des eaux bombante.

22 h :

Rupture spontanée des membranes : liquide clair.

On se trouve en présence d'une présentation de la face, haute et mobile.

22 h 30 :

C.U. peu intenses. 5 U hypophyse intra-musculaire.

22 h 40 :

Dilatation quasi complète.

La tête se fléchit de plus en plus et on se trouve en présence d'une présentation du front.

23 h :

Symphyséotomie à la Zarate.

10 U hypophyse I.M.

Accouchement spontané après expression abdominale.

Extraction en naso-pubienne d'une fille criant aussitôt, pesant 3.950 g.
Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION N° 18 (1954 — n° 843 — Foch)

Mme J..., trente-trois ans. II^e pare. III^e geste.

— Premier accouchement (1948) : déclenchement de travail après rupture prématurée des membranes. Quinine-hypophyse. Terme dépassé. Accouchement par forceps d'un enfant de 3.720 g présentant une hémorragie méningée; retard de développement.

— Avortement en 1952. Rétention d'œuf mort d'un mois et demi jusqu'à cinq mois.

Entre à Foch le 20 mai 1954 :

Déclenchement de travail pour terme dépassé de trois semaines.

14 h :

Col long fermé. Tête très élevée.

Pose d'une perfusion de 10 U hypophyse dans 500 cm³ de sérum glucosé.

15 h :

Début des C.U.

16 h :

Col épais, incomplètement effacé, dilaté à 50 centimes.

17 h :

Col épais, dilaté à 1 fr, dans lequel on sent bomber la poche des eaux.

Rupture artificielle des membranes : liquide teinté. BdC + : oxygène.

C.U. rapprochées. Douleurs lombaires : spasmalgine.

17 h 30 :

Relâchement médiocre.

Tête très élevée, on explore entièrement la fontanelle antérieure, au centre de l'excavation.

20 h 30 :

Dilatation 5 fr. Tête élevée.

Col mal effacé.

21 h 30 :

Même examen. C.U. mal supportées.

Césarienne en raison des antécédents.

Garçon respirant spontanément après dix minutes de respiration artificielle, criant après vingt-cinq minutes de soins, pesant 4.430 g.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 19 (1954 — n° 727 — Tarnier)

Mme C..., trente et un ans.

— Premier accouchement provoqué à huit mois pour éclampsie (quatre crises — cécité durant douze jours), mort-né.

— Avortement de trois mois.

— Deuxième accouchement à huit mois. Hémorragie avant l'accouchement, enfant mort-né, 2.900 g.

Entre à Tarnier le 28 mai 1954, à 4 h :

Grossesse à terme.

Col postérieur, long, perméable au doigt en totalité.

Membranes intactes.

Bassin normal.

7 h :

Col plus mince, même dilatation.

7 h 45 :

Rupture spontanée des membranes; liquide clair.

10 h 30 :

Dilatation quasi complète.

Tête appliquée, on sent le bregma au centre de l'excavation.

Symphyséotomie à la Zarate. 10 U hypophyse I.M.

La tête descend.

Application de forceps Tarnier, à la vulve, en gauche antérieure.

Fille criant aussitôt, pesant 3.470 g.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION N° 20 (1954 — n° 838 — Tarnier)

Mme R..., dix-sept ans. Primipare.

Césarienne pour présentation du front cinq heures après rupture spontanée des membranes, avec état stationnaire de la dilatation et de la présentation.

Extraction d'un enfant vivant.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 21 (1954 — n° 963 — Tarnier)

Mme L..., trente et un ans. Primipare.

Entre à Tarnier le 21 juillet 1954, à 1 h :

Grossesse de huit mois et demi. H.U. = 30.

Col effacé souple, dilaté à 1 fr.

Membranes intactes. Tête haute.

Bassin normal.

3 h :

Dilatation 5 fr; la tête reste élevée.

Poche des eaux bombante.

4 h 50 :

Dilatation grande paume. Rupture artificielle de la poche des eaux.
Liquide clair.

Tête engagée, on sent le bregma au centre.

5 h 30 :

La tête descend.

La dilatation est complète.

La présentation se défléchit et on sent la racine du nez et l'arcade sus-orbitaire gauche.

6 h :

Présentation du front engagée à la partie moyenne, tendant à tourner en O.S. 5 U hypophyse I.M.

Application de forceps Tarnier après épisiotomie.

Prise directe; descente et flexion de la tête.

Nouvelle prise en directe.

Extraction en naso-pubienne d'un garçon criant aussitôt, pesant 3.400 g.
Délivrance naturelle incomplète. Révision utérine.

Suites de couches : anémie à 2.900.000 G.R. traitée par protoxalate de fer, extrait hépatique.

OBSERVATION N° 22 (1954 — n° 2.083 — Foch)

Mme G..., dix-neuf ans. Primipare.

Hospitalisée à Foch le 17 décembre 1954 pour début de contractions.

Grossesse à terme. H.U. = 33.

Utérus très dévié à droite. Col perméable à l'orifice externe. Tête élevée.

Etat stationnaire le 18.

19 décembre 1954, à 16 h :

Rupture spontanée des membres : liquide clair.

Col épais, dilaté à 50 centimes. BdC +.

20 h 30 :

Dilatation entre 2 et 5 fr. Tête au D.S.

21 h 30 :

Dilatation entre petite et grande paume.

Tête appliquée, en O.I.D.P., très mal fléchie.

22 h 45 :

Dilatation grande paume. La tête se défléchit. Le bregma est presque au centre de figure. On atteint les creux orbitaires.

23 h 10 :

La déflexion s'accroît, on atteint les narines en gauche antérieure (N.I.G.A.).

23 h 55 :

Pas de changement.

Césarienne segmentaire transversale; extraction d'une fille criant après cinq minutes de soins, pesant 3.520 g, présentant une déformation plastique de la tête : dolichocéphalie, et une malformation du maxillaire inférieur.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 23 (1955 — n° 729 — Foch)

Mme M..., trente-six ans.

— Trois accouchements normaux : 3.250 à 3.750.

— Quatrième accouchement : présentation de la face; forceps; 4.140 g.

— Un avortement.

Entre à Foch le 3 mai 1955, à 7 h :

Grossesse à terme. H.U. = 35.

Tête en bas, mobile.

Col en voie d'effacement, dilaté à 2 cm.

Poche des eaux intacte.

12 h 30 :

Dilatation 8 cm.

Rupture artificielle des membranes; liquide clair.

Tête haute défléchie, en N.I.D.T.

15 h :

Aucun progrès; la tête est toujours très élevée, en position indifférente. On atteint la fontanelle antérieure et le nez.

La dilatation est à 8 cm, mais le col est souple. En l'absence de tout progrès, on pratique .

— une incision de la lèvre postérieure du col;

— une version par manœuvres internes, suivie de grande extraction.

Naissance d'un garçon criant après désobstruction et oxygénation, pesant 3.700 g.

Délivrance artificielle systématique. Révision du col sous valves.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 24 (1955 — n° 979 — Tarnier)

Mme D..., vingt-neuf ans.

— Premier accouchement normal d'une fille de 3.000 g.

Entre à Tarnier le 2 août 1955, à 22 h :

Grossesse à terme. H.U. = 37.

Tête mobile.

Col dilaté à 5 fr.

Poche des eaux intacte. Bon régime de contractions.

Le 3 août 1955, à 2 h :

Rupture spontanée de la poche des eaux; liquide clair.

2 h 30 :

Dilatation complète; efforts expulsifs.

2 h 45 :

Tête mal fléchie : F.I.G.A. à la partie basse.

Application de forceps : prise suivant le diamètre oblique gauche; tractions en essayant de fléchir ou de défléchir la tête; extraction brutale d'une fille de 3.750 g, pâle et respirant irrégulièrement. Aspect caractéristique de front.

Déchirure périnéale.

Délivrance normale.

Suites de couches normales.

OBSERVATION N° 25 (1955 — n° 1.487 — Tarnier)

Mme M...

— Premier accouchement normal; fille : 3.500 g.

Entre à Tarnier le 23 décembre 1955, à 20 h 50 :

Grossesse à terme.

Dilatation complète; pas de présentation atteinte.

Poche des eaux dans le vagin. Rupture : liquide clair.

Présentation céphalique en N.I.G.T.

Efforts expulsifs.

La tête se défléchit.

21 h 25 :

Accouchement naturel en mento-pubienne d'un garçon criant aussitôt, pesant 3.220 g.

Délivrance et suites de couches normales.

OBSERVATION N° 26 (1956 — n° 115 — Foch)

Mme L..., dix-sept ans. Primipare.

Entre à Foch le 18 janvier 1956 :

Déclenchement de travail pour terme dépassé. H.U. : 37.

Le 19 janvier 1956, à 12 h 45 :

Col incomplètement effacé, perméable au doigt.

Membranes rompues à 11 h. Liquide teinté.

Mise en place d'une perfusion 5 U hypophyse + 500 cm³ sérum glucosé.

13 h 30 :

Relâchement utérin médiocre. 1 spasmalgine.

15 h 25 :

Col effacé mais épais. Dilatation 1 cm, tête au D.S.

17 h 30 :

Dilatation 2 cm.

19 h 50 :

Aucune progression de la dilatation.

23 h :

Même examen.

20 janvier 1956, 0 h 45 :

1 spasalgine.

1 h 35 :

Dilatation 3 cm.

Col épais; bourrelet sur la lèvre antérieure du col.

5 h :

Mauvais relâchement utérin : 3 spasalgine à une demi-heure d'intervalle.

6 h 30 :

Dilatation 4 cm.

Persistance de l'œdème du col.

Mauvais relâchement.

Tête non engagée. Chevauchement des os du crâne.

Bosse séro-sanguine importante.

8 h :

Même examen. On décide l'intervention. Césarienne.

Fille vivante 4.160 g : présentation du front; déformation plastique importante. Enorme bosse séro-sanguine à l'union des deux frontaux.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 27 (1956 — n° 117 — Foch)

Mme B..., trente et un ans.

— Premier accouchement normal : garçon 2.750 g.

Entre à Foch le 20 janvier 1956, à 6 h 20 :

Grossesse à terme. H.U. = 30 cm.

Tête en bas haute et mobile.

Col long, largement perméable. Membranes intactes.

8 h 30 :

Dilatation 2 cm.

Col effacé, encore épais.

10 h 15 :

Même examen.

11 h 45 :

Dilatation 3 cm, col un peu épais.

12 h 45 :

Dilatation 5 cm. Tête très élevée.

Poche des eaux bombante.

13 h 30 :

Rupture artificielle des membranes. Liquide clair.

14 h 30 :

Dilatation complète. Modification des BdC qui sont très lents.

La tête est en présentation du front à la partie haute de l'excavation, en N.I.G.T.

Essai de version rendu impossible par la contracture utérine malgré spasmalgine I.V.

Rinçure de seringue de post-hypophyse pour faire descendre la tête.

Application de forceps en transverse.

Extraction d'un garçon de 2.850 g, en état de mort apparente.

Au bout de dix minutes, présente le premier mouvement respiratoire, ne crie pas, est hypotonique.

Délivrance normale.

Suites de couches normales.

Les troubles respiratoires de l'enfant étaient améliorés dès le lendemain. Il est sorti le quatorzième jour en bon état, pesant 3.040 g.

OBSERVATION N° 28 (1956 — n° 759 — Foch)

Mme B..., vingt-trois ans.

— Premier accouchement normal d'un garçon pesant 3.750 g.

— Deux avortements.

Entre à Foch le 2 mai 1956, à 7 h :

Grossesse de huit mois et demi. H.U. = 33.

Col long perméable à l'orifice externe.

Présentation céphalique élevée.

Membranes rompues depuis 3 h du matin.

13 h :

Début des C.U.

16 h :

Col épais, dilaté à 1 cm.

18 h :

Dilatation 2 cm. Tête très haute et mobile.

20 h :

Même examen. C.U. plus régulières.

21 h :

Col incomplètement effacé, dilaté à 3 cm.

Pose d'une perfusion 5 U hypophyse + 250 cm³ sérum glucosé.

22 h :

Même dilatation.

La présentation s'est défléchie : on atteint les globes oculaires et le nez : présentation du front en N.I.G.A.

23 h :

Dilatation 5 cm.

C.U. très rapprochées.

On décide l'intervention.

Césarienne. Extraction d'une fille criant après cinq minutes de soins, pesant 2.950 g.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 29 (1956 — n° 2.068 — Foch)

Mme V..., vingt-trois ans. Primipare.

Entre à Foch le 30 novembre 1956, à 9 h :

Grossesse à terme. H.U. : 32 cm.

Col épais, dilaté à 3 cm. Membranes rompues le 29 novembre au matin. Tête appliquée au D.S., en présentation du front (on sent les creux orbitaires et le nez. On n'atteint pas la bouche, ni le bregma).

On décide de poser une perfusion, et d'intervenir par voie haute si la présentation ne se défléchit pas (transformation en face).

10 h 30 :

Pose d'une perfusion 5 U hypophyse + 250 cm³ sérum glucosé.

10 h 55 :

Col épais, dilaté à 5 fr.

Même présentation.

11 h 10 :

C.U. très longues. On ralentit la perfusion. 1 spasalgine.

11 h 30 :

Dilatation 6 cm.

Meilleur relâchement utérin.

BdC difficiles à percevoir, sourds.

12 h 30 :

Même examen. BdC bien frappés.

Même présentation.

Césarienne. Extraction d'un garçon criant après dix minutes de soins, pesant 3.850 g.

Suites opératoires normales.

CONCLUSIONS

Les moyens obstétricaux dont on dispose permettent de faire face à toute éventualité au cours de l'évolution des présentations du front, dans le but de sauvegarder l'intérêt de la mère et de l'enfant.

La surveillance du travail fera intervenir pour régulariser les contractions utérines s'il y a lieu.

Hormis les cas de présentations du front chez des femmes ayant un bassin vicié — imposant la césarienne — l'expectative s'impose dans tous les cas lorsqu'on se trouve au cours du travail devant une présentation du front au détroit supérieur :

1) Les présentations du front encore mobiles sont souvent des présentations temporaires qui peuvent évoluer soit vers la face soit vers le sommet.

2) Ou bien elle s'engagera en front : l'accouchement par voie basse est possible :

- accouchement spontané après épisiotomie;
- application de forceps;
- symphyséotomie, chez la multipare, en cas l'enclavement ou pour l'éviter.

3) Ou bien la tête reste fixée au détroit supérieur en présentation du front :

- si la dilatation est complète, l'utérus souple, la version par manœuvres internes est exceptionnellement pratiquée;

- si la dilatation est incomplète, stationnaire, la césarienne s'impose;
- la survenue d'une souffrance fœtale, d'une contraction utérine nécessite également l'hystérotomie.

La fréquence de ces complications fait que l'opération césarienne est très souvent pratiquée en cas de présentation du front. Il ne faudrait pas en conclure qu'elle est indiquée dans tous les cas.

En effet, beaucoup de ces présentations s'engagent et l'accouchement se fait par voie basse, aidé d'interventions obstétricales, sans dommage pour le fœtus lorsque les indications en sont bien posées.

L'analyse des 29 cas étudiés montre les résultats de cette conduite thérapeutique.

Dans 2 cas, nous avons vu se réaliser la transformation en présentation de la face d'un front mobile au détroit supérieur.

Parmi les 27 autres cas :

— l'accouchement s'est fait par voie basse 12 fois :

3 accouchements spontanés;

5 applications de forceps;

3 symphyséotomies;

1 version par manœuvres internes;

— l'opération césarienne a été pratiquée dans 15 cas (dont 5 pour bassin vicié).

Pronostic fœtal : ces 29 cas ont tous donné naissance à des enfants vivants.

Mortalité néo-natale : 2 cas, après accouchement par voie basse. Il s'agissait de petits enfants chez lesquels la mortalité semblait être due à la prématurité.

Vu, le Doyen :
L. BINET

Vu, le Président de Thèse :
P. LANTUEJOUL

Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- BIGOURET (G.). — La présentation du front. Étude anatomique et clinique. Considérations thérapeutiques. (*Thèse*, Paris, 1945, n° 155.)
- BRINDEAU (A.). — Présentation du front. (In : *Pratique de l'art des accouchements*, Paris, Vigot, 1927.)
- CHEVALIER (J.). — Thérapeutique des présentations persistantes du front (*Thèse*, Paris, 1908-1909, n° 448.)
- HAUGER (P.). — La présentation du front. (*Thèse*, Strasbourg, 1952, n° 59.)
- MÉPLAIN (A.). — A propos de 7 cas de présentation du front observés à Lariboisière et à Beaujon ces cinq dernières années. (*Thèse*, Paris, 1940, n° 281.)
- PATIJAUD (Mme, née P. MONTMASSON). — La présentation du front (*Thèse*, Lyon, 1954-1955, n° 101.)
- WALLICH. — La symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. (*Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1902.)
- ZARATE. — Les pelvitomies. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, Obstétrique.)



IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
